

Quadro abdominal recorrente em grande prematuro. Que diagnóstico?

Pascoal Moleiro¹, M^a Francelina Lopes², Eulália Afonso³

RESUMO

Os autores apresentam o caso clínico de um grande prematuro de 27 semanas de gestação e peso de nascimento de 605 gramas que apresentou recorrência de quadro abdominal associado a instabilidade clínica durante os 3 meses de internamento hospitalar. Discute-se a dificuldade de diagnóstico e alerta-se para a co-morbilidade da hérnia inguinal na grande prematuridade.

Palavras-chave: Prematuridade, cólicas abdominais, hérnia inguinal.

Nascer e Crescer 2004; 13 (1): 27-29

INTRODUÇÃO

A prematuridade, e em especial a grande prematuridade, acompanha-se de elevada incidência de morbilidade específica. A displasia broncopulmonar, a enterocolite necrosante e a hérnia inguinal são alguns dos vários factores co-mórbidos que podem afectar este grupo de doentes. A característica escassez semiológica das múltiplas patologias que afectam os grandes prematuros, associada à sua extrema vulnerabilidade, implicam dificuldade acrescida no diagnóstico e tratamento destas crianças.

Pretende-se com a apresentação deste caso, alertar para a dificuldade de diagnóstico diferencial do quadro clínico de instabilidade clínica associada a sintomatologia abdominal recorrente, e em particular chamar a atenção para a hérnia inguinal como importante factor co-mórbido na grande prematuridade.

CASO CLÍNICO

Recém-nascido do sexo masculino, primeira gesta vigiada, com atraso de crescimento intrauterino (ACIU) desde as 17 semanas de gestação. Antecedentes familiares irrelevantes. Parto por cesariana às 27 semanas por pré-eclâmpsia materna. Índice de Apgar 9, 10, 10 ao 1º, 5º e 10º minutos, sem necessidade de reanimação. Peso de 605 g.

O internamento hospitalar foi de 114 dias, apresentando durante este período várias intercorrências. Necessitou de apoio inotrópico no primeiro dia de vida por hipotensão arterial e de CPAP nasal até ao 40º dia de internamento (além de aminofilina e de citrato de cafeína). No 3º dia de internamento diagnosticou-se sépsis, que evoluiu favoravelmente sob vancomicina e ceftazidima durante 10 dias, tendo a hemocultura revelado *Staphylococcus haemolyticus*. No 38º dia, reiniciou clínica de sépsis (sem agente identificado), que evoluiu bem com o mesmo esquema antibiótico. Evolução para clínica de displasia broncopulmonar, com boa evolução sob hidroclorotiazida e espirolactona. Quanto à evolução gastrointestinal, alcançou a totalidade da ingesta oral ao 9º dia, com boa tolerância alimentar e trânsito intestinal mantido. Ao 45º dia foi notada uma hérnia inguino-escrotal direita redutível. No 76º dia iniciou bruscamente estase gástrica e hiporreatividade. O abdómen distendido, sem eritema da parede, era depressível e sem empastamento. Os ruídos hidro-aéreos tinham as características normais. Os resultados analíticos não revelaram alterações, incluindo a hemocultura. A radiografia simples do abdómen mostrou apenas distensão gasosa de ansas (fig.1).

O quadro clínico foi interpretado como de enterocolite necrosante de grau I de Bell, e a terapêutica contemplou pausa alimentar com alimentação parentérica total, esvaziamento gástrico e intestinal e antibioticoterapia (vancomicina, ceftazidima e metronidazol, durante 8 dias). A evolução clínica, laboratorial e radiológica foi favorável. No 86º dia, cerca de 53 horas após reiniciar leite, houve recorrência do quadro clínico, que levou ao reinício da antibioterapia. Nessa altura a distensão abdominal não era muito marcada e as avaliações analítica e radiológica revelaram-se normais. Mais uma vez a hemocultura foi negativa. A hérnia inguino-escrotal direita mantinha-se redutível. Ocasionalmente era notada pequena tumefacção inguinal esquerda sugestiva de hérnia. No dia seguinte apresentava já boa vitalidade e exame clínico negativo. Por suspeita de patologia orgânica subjacente, nomeadamente de estenose pós-enterocolite ou de doença de Hirshsprung, foi realizado clister opaco que demonstrou ansas intestinais, de íleon terminal, preenchendo saco herniário inguino-escrotal à direita (fig. 2). Ao 90º dia foi feita herniorrafia inguinal bilateral. Desde então e após a introdução da alimentação enteral não mais se verificou recorrência da sintomatologia abdominal, tendo tido alta para o domicílio 14 dias após a correcção cirúrgica. Aos 6 meses de idade mantinha ausência de sintomas digestivos, com boa tolerância alimentar, inexistência de distensão abdominal e padrão de defecação normal.

¹ Interno do Internato Complementar de Pediatria do Hospital de Santo André, SA - Leiria

² Assistente Graduada de Cirurgia Pediátrica - Hospital Pediátrico de Coimbra

³ Assistente Hospitalar do Serviço de Neonatologia da Maternidade Dr. Daniel de Matos - Coimbra



Figura 1 - Radiografia simples do abdômen no 76º dia de internamento. Realça-se a grande distensão gasosa.

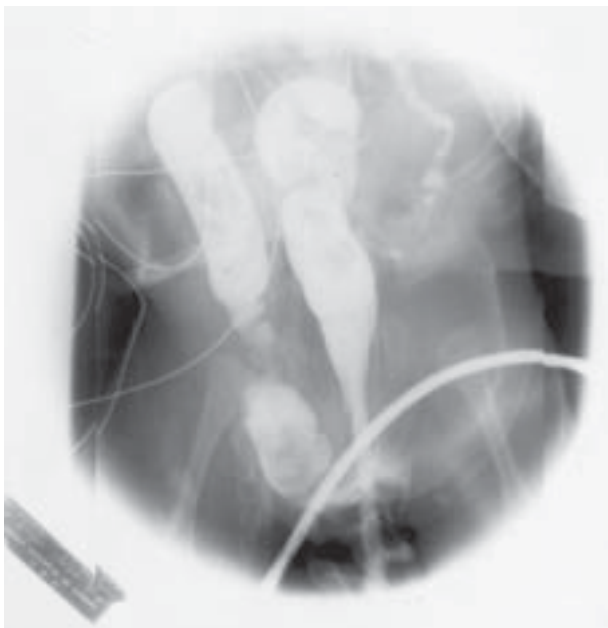


Figura 2 - Clister opaco realizado no 90º dia, mostrando a hérnia inguino-escrotal direita à custa do íleon terminal.

DISCUSSÃO/ CONCLUSÃO

O presente caso ilustra a evolução clínica do grande prematuro nos primeiros tempos de vida, em que frequentemente dificuldades de diagnóstico advêm da possibilidade de um mesmo quadro sintomático poder corresponder a uma multiplicidade situações clínicas.

A ocorrência de enterocolite necrosante na prematuridade extrema é bem conhecida ⁽¹⁾. A inexistência de sinais específicos permite que um quadro de instabilidade clínica acompanhada de distensão abdominal possa configurar um primeiro estadio desta situação. Neste prematuro de 27 semanas, com boa tolerância digestiva desde início, sem

prévias alterações do trânsito intestinal e com hérnia inguinal, que embora volumosa era aparentemente inocente, a recorrência do quadro clínico abdominal associado a sinais de sépsis evocou a hipótese de enterocolite de grau I de Bell como primeiro diagnóstico. Contudo, alguns factos pareciam comprometer esta hipótese, um deles a rapidez com que o quadro revertia. Os sintomas digestivos e de instabilidade clínica desapareciam geralmente em menos de 24 horas após a pausa alimentar e a antibioticoterapia.

A hérnia inguinal é outra das patologias frequentemente associadas à grande prematuridade e importante factor de co-morbilidade ⁽²⁾. Com incidência estimada em 16% ⁽³⁾, esta eleva-se para 30% se a criança tiver peso inferior a 1000g ⁽⁴⁾. Em cerca de 50% dos caso é bilateral ^(3,4,5). O elevado risco de encarceração é particularmente conhecido, podendo ocorrer em 18 a 31% das crianças ^(3,4,5). Também é conhecido o grande volume que a hérnia atinge nestes doentes⁽²⁾. A clínica atribuível ao encarceramento da hérnia é variável, podendo haver sintomas de obstrução intestinal ou de outro foro, nomeadamente cardio-respiratório^(4,6). No presente caso, a aparente inexistência de episódios de encarceramento das hérnias dificultou a atribuição dos sintomas a esta patologia. O tratamento é cirúrgico, mas o tempo operatório é controverso. Quem defende a intervenção precoce invoca o maior risco de encarceramento e o perigo de estrangulamento ^(3,4). Quem é a favor de uma intervenção mais tardia apoia-se em dados como o menor risco operatório, a menor probabilidade de recorrência (8,6%), de eventual necessidade de ventilação mecânica e o elevado risco de atrofia testicular (2 a 30%)^(6,7). No entanto se o encarceramento surgir a cirurgia é mandatória ⁽⁴⁾. No caso da hérnia ser volumosa e causar desconforto há quem preconize igualmente a cirurgia ⁽⁴⁾.

No caso apresentado, a intervenção cirúrgica foi efectuada com a convicção de que o problema se iria manter. Contudo, a evolução posterior à herniorrafia bilateral, com desaparecimento per-

manente do quadro abdominal parece indicar que este se deveu a episódios inadvertidos de encarceramento de uma das hérnias ou à hipersensibilidade individual a excessivo estiramento do meso intestinal contido na volumosa hérnia direita.

Concluindo, os autores pretendem alertar para a morbidade da hérnia inguinal no grande prematuro e aconselham a sua observação diária com comprovação frequente da sua redutibilidade.

ABDOMINAL RECURRENT SYMPTOMS IN A PREMATURE BABY: WHAT DIAGNOSIS?

ABSTRACT

The authors present the case of a 605g body weight premature baby whose clinical course was characterised by recurrent clinical instability and abdominal symptoms during his first 3 months. The difficulty in establishing the final diagnosis

is discussed. Alert for the role of inguinal hernia as co-morbidity factor in the extremely premature baby is also highlighted.

Key-words: Prematurity, abdominal symptoms, inguinal hernia.

Nascer e Crescer 2004; 13 (1): 27-29

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Chandler JC, Hebra A. Necrotizing enterocolitis in infants with very low birth weight. *Seminars in Pediatric Surgery* 2000; 9: 63-72.
- 2 - DeCou JM, Gauderer MWL. Inguinal hernia in infants with very low birth weight. *Seminars in Pediatric Surgery* 2000; 9: 91-5.
- 3 - Rajput A, Gauderer MWL, Hack M. Inguinal hernias in very low birth height infants: Incidence and Time of Repair. *J Pediatr Surg* 1992; 27: 1322-4.
- 4 - Harper RG, Garcia A, Sai C. Inguinal Hernia: A common problem of premature infants weighing 1000 grams or less at birth. *Pediatrics* 1975; 56 : 112-5.

5 - Rescorla FJ, Grosfeld JL: Inguinal hernias in the perinatal period and early infancy: Clinical considerations. *J Pediatr Surg* 1984;19: 832-7.

6 - Coren ME, Madden NP, Haddad M, Lissauer TJ. Incarcerated inguinal hernia in premature babies- a report of two cases. *Acta Paediatr* 2001; 90: 453-4.

7 - Misra D. Inguinal hernias in premature babies: wait or operate? *Acta Paediatr* 2001; 90: 370-1.

Correspondência:

Pascoal Moleiro
Serviço de Pediatria do Hospital de Santo André, SA
Rua das Olhalvas, Pousos
2410-196 Leiria
moleirop@hotmail.com